EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DU

DR HORTELOUP

Chirurgien de l'Hôpital Necker
Ancien Président de la Société de Chirurgie,
Membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique.

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

EXPOSÉ

DES

TITRES SCIENTIFIQUES

DE LA SCLÉRODERMIE

Thèse de doctorat, 1865.

Premier travail d'ensemble sur cette curieuse affection signalée par Thirial, Gilette, Forget de Strasbourg, sous les noms de sclérème des adultes, chorionitis, sclérosténose cutanée, et par Gintrac de Bordeaux sous celui de sclérodermie.

Ma thèse a été le point de départ de l'étude de cette maladie, qui, jusqu'alors, était présentée par des faits intéressants, mais isolés et n'ayant aucun point de ressemblance.

En réunissant toutes les observations connues, en les comparant entre elles, j'ai pu établir une symptomatologie complète que les travaux ultérieurs ont peu modifiée. J'ai montré que les taches brunâtres ou rouges que l'on trouve sur les parties indurées devaient être divisées en deux classes différentes qui avaient un mode de formation spécial, et surtout une marche et une évolution différentes; j'ai mis en évidence que c'est bien la peau qui est atteinte et non le tissu cellulaire, comme dans le sclérème des nouveau-nés; que la peau est atteinte de rétraction, qu'elle est trop étroite et comprime les par-

ties sous-cutanées. Cette rétraction amène une sorte d'amaigrissement et apporte une gêne considérable dans les mouvements.

Dans le chapitre du diagnostic, j'ai étudié avec soin cette observation de Mirault d'Angers, intitulée : « Affection singulière et non encore décrite des doigts et des mains, » et qui fut le point de départ d'un remarquable rapport de M. le professeur Verneuil. J'ai donné les raisons pour lesquelles je pensais que cette affection rentrait dans la sclérodermie, et les recherches plus récentes ont confirmé cette opinion en montrant la marche de rétraction des brides sclérodermiques qui peuvent conduire à l'amputation.

Le point le plus nouveau de cette thèse est la discussion de la nature de la sclérodermie. Après avoir montré combien pouvaient être difficilement admises les explications précédemment données, j'ai cherché à prouver qu'il fallait y voir une affection du système nerveux. Si l'on peut critiquer l'opinion que j'ai soutenue du mécanisme même de la lésion, il faut bien admettre, en se basant sur les découvertes faites depuis ma thèse, que l'origine nerveuse de la sclérodermie n'est pas douteuse. Pour soutenir cette théorie nerveuse de la sclérodermie, je m'étais appuyé sur la physiologie alors acceptée, que la découverte des phénomènes trophiques devait si profondément m..-difier.

Plaies du larynx, de la trachée et de l'œsophage; leurs conséquences et leur traitement.

Thèse d'agrégation, 1869.

Après avoir divisé l'étiologie des plaies de cette région en causes accidentelles et en causes chirurgicales, et après avoir étudié quel était le mécanisme, mais surtout quel était le siège de ces blessures, j'ai été conduit à diviser les plaies en plaies larges et en plaies étroites.

Cette division est indispensable si l'on veut essayer d'exposer la symptomatologie, car il n'y a aucun point de ressemblance entre deux observations si l'on ne peut se guider sur cette classification.

Autant les accidents immédiats sont fréquents et graves dans le

plaies larges, autant ils sont exceptionnels dans les plaies étroites; mais, en revanche, les accidents secondaires sont beaucoup plus fréquents et plus graves dans les plaies étroites. Le pronostic des plaies de cette région démontre bien que cette classification de ces deux classes de plaies est bien réelle, car dans les petites plaies la mortalité est de 52,0 pour 100, tandis que dans les plaies larges elle n'est que de 23,8 pour 100.

Cette division en plaies larges et en plaies étroites reprend toute son importance dans la question du traitement; car dans une plaie large le chirurgien peut se demander s'il doit intervenir pour faciliter la guérison, et dans une plaie étroite son rôle consiste à combattre les accidents. J'ai cherché à prouver tout le danger de la suture des parties molles, tandis qu'il y a peut-être avantage à essayer la suture de la trachée ou du larynx.

Cette thèse se termine par une histoire complète des fistules et des rétrécissements du larynx, avec les différents procédés par lesquels on peut les combattre.

Tumeurs du sein chez l'homme.

Thèse d'agr., 1872.

Les tumeurs du sein chez l'homme n'avaient jamais été l'objet d'un travail d'ensemble avant cette thèse. Malgré le peu d'observations, j'ai pu, je crois, en tirer une histoire complète dont les conclusions n'ont pas été modifiées.

Après un chapitre sur la gynécomastie (hypertrophie des mamelles chez l'homme), j'ai passé en revue toutes les affections qui pouvaient former une tumeur, en acceptant la définition de M. Nélaton.

La mammite de la puberté et celle de l'adulte ont été bien séparées : l'une ne réclamant aucun traitement, l'autre, au contraire, exigeant une thérapeutique qui en active la guérison. J'ai pu surtout montrer que l'on rencontrait dans la glande mammaire de l'homme toutes les tumeurs que l'on rencontre chez la femme; mais il semble que les tumeurs malignes sont moins graves chez l'homme.

Comme intervention dans le cas de cancer, l'ablation par le bistouri

semble être la méthode de choix, contrairement à ce qui avait été avancé par Velpeau; et, par un tableau complet de toutes les opérations connues d'ablation du sein chez l'homme, j'ai montré que la mortalité n'était que de 2,8 pour 100.

SYPHILIS

1° Du virus syphilitique et de sa transmissibilité.

France méd., 1881. — *Leçons recueillies par M. Leprévost.*

Dans ces leçons, qui ont été faites au début des recherches de bactériologie, j'ai eu pour but de démontrer aux élèves qui suivaient les cliniques de l'hôpital du Midi combien la voie dans laquelle entrait la science, devait être féconde pour l'étude de la syphilis. Aussi avais-je eu soin de montrer quelle était la différence de la blennorrhagie, du chancre simple, avec la syphilis dont je donnais la définition suivante : Maladie générale, infectieuse, contagieuse, à marche par poussées successives, ayant une longue durée, occasionnée par l'introduction d'un virus spécial et dont la première manifestation, qui apparaît sans exception *au point* ou *aux points* contaminés, consiste en un néoplasme plus ou moins ulcéré, mais histologiquement toujours identique.

Après avoir étudié sous quel aspect se présente ce virus, je passe en revue : 1° toutes les lésions syphilitiques dans lesquelles se trouve ce virus et j'en déduis, par conséquent, quelles sont celles qui sont contagieuses; 2° tous les liquides de l'économie, pour démontrer que le sang seul transmet le virus, et que, dans la syphilis dite vaccinale, c'est par les éléments du sang que contient le vaccin que peut être expliqué le développement de la syphilis. Ces leçons se terminent par un exposé de la syphilis du nourrisson et de la nourrice et par la ligne de conduite que doit suivre le médecin en semblable circonstance.

2° De la Syphilis maligne.

France méd., 1876. — *Leçons recueillies par Harpin, int. des hôpit.*

Dans ces leçons j'ai eu pour intention de démontrer qu'il y avait une différence absolue entre la syphilis maligne et la syphilis grave.

Une syphilis est maligne non pas seulement à cause de l'évolution rapide ou de l'apparition hâtive de lésions ordinairement tardives, mais surtout par la profonde perturbation que la syphilis fait éprouver à la constitution générale. J'ai appuyé cette opinion par l'étude du sang dans les syphilis malignes, où l'on peut constater une diminution considérable des globules sanguins. Dans la syphilis maligne, le nombre des globules est à peine de trois au lieu de cinq.

Aussi est-ce à une véritable prédisposition particulière de l'individu que l'on doit attribuer l'évolution de la syphilis maligne, qui se trouve rapidement modifiée par le traitement mixte, mercure et iodure de potassium, associé à un traitement général et surtout à l'hydrothérapie.

3° De l'adénopathie et de la lymphite syphilitique. — Du pseudo-chancre syphilitique.

Annales de dermatologie, 1877.

4° Observation de pseudo-chancre syphilitique. — Plaque lymphatique. Moulage.

Soc. de méd. de Paris, 1876.

Dans ces mémoires, j'ai étudié spécialement une disposition non encore décrite de la lymphite syphilitique. Comme on le sait, lorsqu'on saisit, entre les doigts, un vaisseau lymphatique induré sous l'influence d'un chancre syphilitique, on sent, sur la longueur, des points saillants que l'on explique par la présence des valvules. J'ai montré qu'à ce niveau il pouvait se former une plaque indurée présentant tout à fait l'aspect du chancre syphilitique, aussi lui avais-je donné le nom

de pseudo-chancre. Sur le moulage que j'ai présenté à la Société de médecine, on voyait très nettement cette disposition, et pour prouver le rapport qui existait avec le cordon lymphatique on pouvait introduire un petit crin dans la lumière du vaisseau.

En commençant ce mémoire, j'avais étudié l'aspect des adénopathies syphilitiques suivant le siège des chancres et j'avais cherché à bien établir, ainsi que l'avait enseigné M. Ricord, que l'induration spécifique n'envahissait que les ganglions de première ligne, c'est-à-dire que, pour les chancres des organes génitaux, les ganglions superficiels de l'aine seuls étaient pris et que les ganglions iliaques ne l'étaient pas. Pour soutenir cette opinion, je m'appuyais sur l'examen d'un grand nombre de malades qui m'avaient permis de reconnaître que sur beaucoup d'individus, particulièrement les femmes, on trouve l'engorgement des ganglions iliaques; j'en concluais donc que si chez un syphilitique, porteur d'une adénopathie inguinale, on trouvait de l'adénopathie iliaque, il ne fallait pas l'expliquer par le retentissement du chancre génital.

5° De l'albuminurie syphilitique.

Annales de dermatologie, 1886.

Dans ce travail je crois avoir établi qu'on doit admettre que les manifestations de la syphilis sur le rein, connues depuis les travaux de Rayer, peuvent se présenter, non pas, comme on l'a dit, seulement aux périodes ultimes de la syphilis, mais presque au début. En m'appuyant sur quatre observations recueillies dans mon service et sur l'analyse des faits déjà publiés, j'en ai tiré les conclusions suivantes.

a. La syphilis, dans les premiers mois de son apparition, peut occasionner de l'albuminurie.

b. Cette albuminurie, facilement curable par le traitement antisyphilitique, ne laisse pas de traces.

c. Cette albuminurie doit être distinguée de celle qui survient dans la deuxième et la troisième année de la syphilis dont le pronostic est beaucoup plus grave, car celle-ci peut être considérée comme le point de départ de néphrite chronique, reconnue longtemps après.

d. Un syphilitique, par la dépression que produit toujours la syphilis, devient plus susceptible au refroidissement et plus prédisposé à présenter de la néphrite *à frigore.*

6° Mémoire sur le traitement de la syphilis par les fumigations de calomel.

Soc. de méd. de Paris, 1875.

7° Note sur les fumigations de calomel dans la syphilis. — Observation de syphilide papulo-hypertrophique.

Annales de dermatologie, 1875.

J'ai voulu faire connaître une méthode qui est employée avec grand succès par nos confrères d'outre-Manche. Les résultats que j'ai obtenus m'ont paru confirmer leur opinion, et pendant les douze ans que je suis resté au Midi, je n'ai eu qu'à m'en louer.

La méthode est très simple à mettre en pratique. Le malade est placé complètement nu sur une chaise basse percée de trous, entre les pieds de laquelle se trouve une lampe à alcool vaporisant le calomel à la dose soit de $1^{gr},25$, soit $2^{gr},50$, et comme maximum $5^{gr},25$, contenu dans une capsule de porcelaine, laquelle est entourée d'une sorte de gouttière remplie d'eau bouillante. Une grosse couverture, ne laissant passer que la tête, recouvre le malade. La séance dure environ 25 minutes, après lesquelles le malade, recouvert de sa couverture, reste une heure dans son lit.

L'observation que je rapportais dans le numéro des Annales venait pleinement confirmer les conclusions suivantes.

Les fumigations de calomel peuvent être employées :

a. Seules, contre les manifestations ulcéreuses précoces, plaques muqueuses, impétigo, ecthyma superficiel.

b. Associées à l'iodure de potassium, contre les accidents plus tardifs : syphilides tuberculeuses, ulcéreuses, pustulo-crustacée, ecthyma profond.

8° Plaie contuse chez nn syphilitique. — Guérison.

France méd., 1884.

9° Consolidation de fracture de jamhe chez un syphilitique.

Observ. rec. par Wickhem, int. des hôpit., 1882.

10° Sarcome du cubitns chez un syphilitique.

Soc. de chir., 1881.

Ces observations ont eu surtout pour but d'apporter des matériaux à l'histoire de l'influence des maladies générales sur le traumatisme.

D'après ce que j'ai vu au Midi, je suis persuadé que, sauf chez les sujets atteints de cachexie syphilitique, la syphilis n'influe nullement sur la guérison des plaies.

Chez l'individu atteint de fracture de jambe, malgré des accidents secondaires très nets, la guérison fut obtenue en 33 jours sans qu'on eût administré le traitement mercuriel.

Il en fut de même dans l'observation de plaie contuse chez un homme en pleine évolution secondaire. La guérison s'obtint avec un pansement simple en temps ordinaire, sans que la plaie prît aucun caractère spécifique, et le malade ne fut pas soumis au traitement antisyphilitique.

11° De la syphilis héréditaire.

Discussion Soc. de chir., 1881.

12° Analyse critique de la thérapeutique des maladies vénériennes et des maladies cutanées, par Diday et Doyon.

DU CHANCRE SIMPLE

1° Leçons sur le bubon chancreux.
Recueillies par Wickham. — France méd., 1882.

2° Note sur le chancre simple et sur l'adénite chancreuse.
Annales de dermat., 1882.

3° De la virulence des bubons.
Soc. de chir., 1884.

4° Des complications inflammatoires du chancre simple.
Semaine méd., 1885.

Ces quatre mémoires forment une histoire complète du retentissement du chancre simple sur les ganglions, et le troisième, intitulé : De la virulence des bubons, que j'ai communiqué à la Société de chirurgie, a eu une réelle importance, car il a renversé une nouvelle théorie qui semblait destinée à modifier de fond en comble tout ce que nous savions sur cette question.

* * *

Dans les *Leçons sur le bubon chancreux*, j'ai exposé, en prenant pour point de départ les travaux de M. Ricord, qu'à la suite du chancre simple il peut y avoir deux sortes d'adénites, l'une simple ou sympathique, l'autre virulente, c'est-à-dire se transformant après l'ouverture soit spontanée, soit chirurgicale, en un chancre, et que l'on désigne sous le nom de bubon chancreux.

J'ai insisté sur les signes donnés sur la marche de ces deux sortes d'adénites, et j'ai montré combien le diagnostic en était difficile même après l'ouverture. Certains bubons, en effet, dont l'inoculation du pus a donné la pustule chancreuse, ne présentent nullement les signes que l'on assigne au bubon chancreux, et de plus, fait clinique assez curieux, lorsqu'on vient d'ouvrir un bubon qui deviendra chancreux, si l'on inocule de suite le pus, alors l'inoculation sera négative; si, au contraire, on pratique l'inoculation le lendemain et surtout le surlendemain

de l'ouverture, l'inoculation sera positive. J'ai passé en revue toutes les opinions données pour expliquer ce fait, et je m'étais demandé s'il ne se faisait pas dans l'intérieur du ganglion une véritable gangrène susceptible, comme on le sait, de tuer l'élément virulent, qui reparaîtrait après l'élimination des points mortifiés.

Je terminais ces leçons par un exposé de la thérapeutique de ces bubons chancreux, et j'insistais sur une pratique qui m'a donné de bons résultats. Lorsque les bords de l'incision sont ulcérés, décollés et tendent à se recoquiller, il faut en pratiquer l'ébarbement et inciser tous les trajets pour en faire une plaie plate, sous peine de voir s'éterniser la suppuration.

Dans ces leçons, j'avais accepté, suivant mes maîtres, que l'évolution du bubon virulent marchait vite et qu'il ne devait pas y avoir un temps bien considérable entre l'arrivée du pus dans le ganglion et le début des accidents inflammatoires. J'avais fait cependant quelques réserves en citant des observations de M. Ricord dans lesquelles l'abcès ganglionnaire avait apparu après la guérison du chancre, et des cas de bubons franchement virulents dans lesquels les sujets ne se souvenaient nullement de la présence d'un chancre dont je n'avais pas retrouvé de traces.

* * *

La note que je publiai la même année dans les *Annales de dermatologie* était une réponse à cette question.

Après avoir appelé l'attention sur la réapparition, depuis 1879, du chancre simple qui avait diminué en proportion considérable, depuis la guerre, à l'hôpital du Midi, je revenais sur l'évolution de l'adénite chancreuse et je publiais une observation recueillie avec le plus grand soin, dans laquelle un individu, atteint d'un chancre simple en février, ne présenta qu'en juillet, c'est-à-dire cinq mois plus tard, le gonflement des ganglions inguinaux, et la suppuration ne fut établie que vers le milieu de novembre. Il y avait donc eu entre le chancre et la suppuration ganglionnaire un intervalle de neuf mois. Le pus du ganglion fut inoculé quarante-huit heures après l'ouverture, il donna la pustule chancreuse et l'un des bubons devint phagédénique.

Cette observation est importante, car elle permet d'affirmer que : *le*

pus chancreux transporté dans un ganglion peut y subir une incubation de plusieurs mois sans manifester sa présence.

*
* *

Si ces mémoires apportaient quelques points nouveaux à l'histoire des bubons suite du chancre simple, il venait confirmer tout ce qu'avait enseigné M. Ricord, lorsqu'en 1884 un des médecins les plus distingués des hôpitaux vint annoncer à l'Institut et à l'Académie de médecine que le transport du pus virulent, à travers les lymphatiques, du chancre au ganglion, ne devait pas se produire, car si le foyer ganglionnaire devenait chancreux après son ouverture, c'est qu'il produisait une inoculation secondaire. On ouvrait un abcès ganglionnaire, et s'il devenait chancreux, c'est que le malade y avait porté du pus chancreux soit avec sa verge, soit avec ses doigts, soit même avec le pansement.

La note que j'ai lue à la Société de chirurgie, sous le titre : *De la virulence des bubons*, a eu pour but de combattre cette nouvelle théorie. Car, me basant sur les signes du bubon virulent, sur la douleur si vive du début de la suppuration, sur les observations déjà connues, et particulièrement sur celle que j'avais publiée deux ans auparavant et dans laquelle les phénomènes chancreux avaient apparu quatre mois après le chancre, je cherchais à prouver que cette nouvelle théorie d'inoculation secondaire était difficile à accepter. Mais on pouvait m'objecter que ne soupçonnant pas l'inoculation secondaire, nous n'avions pas pris les précautions nécessaires pour l'éviter; aussi j'apportai, pour soutenir ma réfutation, une observation toute récente, prise dans le but de contrôler la théorie nouvelle, c'est-à-dire dans laquelle je m'étais entouré de toutes les précautions antiseptiques suffisantes pour rendre impossible la supposition d'une inoculation secondaire. Malgré tout, les inoculations marchérent comme nous le savions; l'inoculation faite le premier jour ne donna aucun résultat, mais celle qui fut pratiquée quarante-huit heures plus tard donna une pustule caractéristique, dont l'inoculation fut aussi positive.

Cette observation démontrait d'une manière indiscutable que le pus du bubon chancreux était virulent avant l'ouverture. On ne pouvait donc pas admettre que cette virulence tenait à une inoculation

secondaire faite soit par le malade, soit par l'opérateur, et qu'il fallait bien reconnaître que le bubon virulent, suite de chancre simple, devait avoir pour origine le transport du pus du chancre, par les lymphatiques, dans l'intérieur du ganglion.

Quelques mois plus tard notre collègue rencontrait une observation qui venait confirmer tous les faits que j'avais soutenus devant la Société de chirurgie.

*
* *

Dans le travail sur les *accidents inflammatoires du chancre simple*, j'ai voulu étudier principalement les complications des chancres sous-préputiaux.

Dans le chancre simple à découvert, les accidents inflammatoires, même lorsqu'ils sont considérables, ne présentent pas une très grande gravité; il survient de la gangrène qui peut bien entamer une partie du gland ou du prépuce, mais il n'y a pas d'accidents consécutifs, c'est-à-dire que les points non touchés par le chancre ne présentent pas de lésions.

Lorsque le chancre est sous-préputial et qu'il n'est pas possible de le découvrir, il en est tout autrement. Si le chancre situé sur la face interne du prépuce s'enflamme, il se produit une gangrène partielle du prépuce qui amène une perte de substance du prépuce et, au moment de la chute de l'eschare, le gland apparaît entre les lèvres de la perte de substance, il met le nez à la fenêtre, comme le dit un spirituel syphiligraphe.

Mais si le chancre siège sur le gland et, principalement, sur la couronne du gland, la scène change, car, si l'on n'intervient pas, il peut survenir de déplorables complications.

Sous l'influence de l'inflammation, tout le gland prend un développement considérable, il vient presser, de dedans en dehors, le prépuce qui, enflammé lui-même, a perdu de son élasticité.

Ne pouvant pas se développer à son aise, le gland subit contre le prépuce une compression qui gêne sa circulation et par un mécanisme analogue à celui d'un lien compressif sur un membre ou à celui d'un anneau sur une anse intestinale, la circulation se trouve suspendue dans tout le gland et la gangrène s'y produit.

J'ai surtout étudié la marche et les symptômes de ce grave accident. J'ai cherché à bien montrer que la couleur, l'odeur, l'aspect huileux de l'écoulement, que la forme et l'empâtement du prépuce peuvent faire soupçonner ce qui se passe sous le prépuce; j'ai mis en évidence la marche foudroyante de la gangrène et j'ai indiqué la thérapeutique qui peut seule arrêter la marche de cette gangrène secondaire du gland. L'école de Lyon est d'avis qu'il ne faut pas intervenir, la nature se chargeant de l'élimination. Je crois avoir prouvé que cette conduite est excellente à tenir lorsqu'on est sûr que le chancre ne siége que sur la face interne du prépuce, mais comme rien ne peut permettre d'affirmer, puisqu'on ne peut pas découvrir le gland, que le chancre ne siége pas sur le gland, il faut inciser immédiatement le prépuce. Par ce débridement, que je conseille de faire avec les ciseaux, on arrête de suite la compression du gland, on fait donc cesser la gêne de circulation et on peut éviter une gangrène qui allait se produire.

Je conseille, comme je viens de le dire, de pratiquer cette incision avec les ciseaux de préférence au thermo-cautère. C'est plus expéditif et comme, à cause de la gangrène qui a envahi le chancre, il n'y a pas à redouter d'inoculation chancreuse, il est inutile d'employer un procédé plus long, plus douloureux. Une fois le débridement effectué, on se trouve en présence d'une plaie qu'on peut nettoyer, panser à ciel ouvert, on est à l'abri des hémorrhagies qui arrivent si fréquemment dans les chancres sous-préputiaux enflammés. Lorsque le chancre est guéri, lorsque les parties gangrenées sont tombées, il reste un jabot préputial dont l'ablation complète la circoncision.

Dans une thèse, soutenue quelques mois après la publication de cette leçon, l'auteur, exposant les diverses opinions soutenues par l'école de Lyon pour la non-intervention, montrait les graves conséquences de cette pratique; aussi « croyons-nous, disait-il, que la clinique, faite par M. Horteloup, répondait à un véritable besoin. Nul mieux que lui n'avait jusqu'alors décrit avec plus d'exactitude les accidents gangréneux du chancre simple : aucun surtout n'avait mieux formulé les indications opératoires ».

DE LA BLENNORRHAGIE ET DE SES COMPLICATIONS

1° Note sur la propagation de la blennorrhagie et sur la péritonite blennorrhagique.

Soc. de méd. de Paris, 1878. — *Discussions, Soc. de chir.*

2° Des affections inflammatoires du testicule.

Chap. du Traité de pathologie de Nélaton. 2e édition, IV.

3° Funiculite blennorrhagique.

Observ. communes du Dr Jullien. Tr. des mal. vénériennes, p. 125.

4° Des arthrites blennorrhagiques.

Rapp. Soc. de chir., 1885.

5° De la cystite blennorrhagique.

Traité de pathologie de Nélaton, 2e édition.

6° Note sur la blennorrhagie et sur les déviations du processus blennorrhagique.

Annales de dermat., en collab. avec le Dr Jullien.

Dans ces différents mémoires, j'ai cherché à démontrer combien il est difficile d'admettre le développement de l'épididymite, de la cystite, par la simple propagation de l'inflammation du canal d'avant en arrière. La découverte du gonococcus paraît confirmer cette opinion.



Ainsi, dans la note lue à la Société de médecine de Paris, je disais que lorsqu'on étudiait le développement de l'épididymite blennorrhagique, il était impossible de constater expérimentalement l'envahissement de la portion membraneuse, puis celle de la prostate et enfin du canal déférent. Je m'appuyais sur ce que c'est toujours la queue de l'épididyme qui est prise la première, puis survient ensuite le gonflement de l'épididyme et du canal déférent de bas en haut. Dans plus de

la moitié des cas, le premier signe qui appelle l'attention du malade est la douleur au fond du scrotum, à la queue de l'épididyme; dans l'autre moitié des cas, la douleur débute au niveau de l'anneau inguinal externe et on l'expliquait par l'inflammation du canal déférent, mais cette douleur ne tient qu'au poids de l'épididyme enflammé. En effet le repos et le soutien du testicule font cesser cette douleur.

Aussi, sans nier la péritonite blennorrhagique produite par la propagation de l'inflammation qui, de la prostate ou des vésicules spermatiques, gagnerait le péritoine, je montrais que ces douleurs angoissantes qui durent 24 ou 48 heures, puis cessent sans laisser de traces et que l'on explique par de légères péritonites localisées, ne sont autre chose que des névralgies réflexes, si fréquentes dans l'épididymite, qui frappent un des plexus nerveux de l'abdomen.

*
* *

J'ai soutenu et développé ces idées dans le chapitre des *Affections inflammatoires du testicule*, la 2e édition du Traité de pathologie de M. Nélaton.

Dans ce chapitre, qui a été refait complètement, j'ai appelé l'attention sur la vaginalite qui complique l'épididymite. J'ai cherché à bien montrer les signes que présentent ces deux formes d'épididymite et l'importance qu'il y a à en faire le diagnostic différentiel, avec l'orchite véritable que l'on a confondue souvent, car un grand nombre d'observations dans lesquelles on parle de ponction de l'albuginée ne sont que des épididymites avec épanchement dans la tunique vaginale.

J'ai longuement étudié la marche de ces complications; je crois avoir montré que les expériences faites sur des chiens ne pouvaient faire admettre la propagation de l'inflammation et qu'il y avait certainement là une poussée comparable à celles qui se font sur les articulations, et une poussée microbienne, car j'ai rapporté, dans ce chapitre, des recherches faites dans mon service avec M. le Dr Jullien, qui ont mis hors de doute la présence du gonococcus dans le liquide de la vaginalite.

Ce chapitre se termine par une énumération des épididymites qui peuvent survenir en dehors de la blennorrhagie et, sans parler du trau-

matisme, on voit que l'épididymite survient dans presque toutes les maladies infectieuses, ce qui permet d'admettre, avec plus d'autorité, que, dans la blennorrhagie, c'est par ce processus infectieux que doit s'expliquer l'apparition de l'épididymite.

A la fin de ce chapitre j'ai rapporté une observation d'épididymite avec vaginalite survenue dans le cours d'une scarlatine.

Par la découverte du gonococcus, l'histoire du rhumatisme blennorrhagique et des arthrites blennorrhagiques a été bien éclairée, et je crois que M. le professeur Peter ne pourrait plus dire, si une nouvelle discussion s'élevait sur ce sujet, qu'il n'y avait eu unanimité que dans le désaccord, car les poussées infectieuses articulaires donnent une explication plausible des accidents. C'est ce que j'ai cherché à démontrer à la Société de chirurgie, dans un rapport *sur les arthrites blennorrhagiques.*

Pour la cystite blennorrhagique (Traité de pathologie de M. Nélaton) je crois qu'il en est de même. Je ne puis admettre que la cystite blennorrhagique ne soit que l'inflammation profonde du canal de l'urèthre. Son apparition soudaine, l'hématurie qui ne manque jamais, le ténesme tout particulier que l'on constate, en font une affection toute spéciale que je désignais, dans ce travail, sous le nom de cystite hémorrhagique.

J'ai rapporté de nombreuses expériences qui démontrent que l'on peut impunément porter le pus blennorrhagique sur le col sans voir développer de la cystite et que de plus, lorsqu'on examine le canal d'un individu atteint de cystite blennorrhagique, on ne trouve jamais de contraction au niveau du col de la vessie. Aussi voit-on très rarement de rétention d'urine dans la cystite blennorrhagique; lorsqu'on en rencontre et que l'on veut y remédier par le cathétérisme, on voit que l'obstacle n'est pas au col, mais à la portion membraneuse, qui est fortement contractée.

Ces expériences, les nombreuses observations que j'ai recueillies, m'ont fait admettre pour la pathogénie des hématuries de la cystite blennorrhagique une explication différente de celle qui est admise généralement. Au lieu d'y voir une compression de la muqueuse turgescente, je crois que « le col de la vessie est béant comme l'anus d'un dysentérique; pendant le ténesme vésical, il se produirait une dilatation

du col qui occasionnerait des déchirures qui seraient cause de l'hématurie. »

* * *

Si la découverte du gonococcus facilite de beaucoup l'explication des complications de la blennorrhagie, doit-elle faire triompher définitivement la doctrine des virulistes et prouver que toute blennorrhagie ne peut avoir d'autres causes que l'inoculation de ce microbe? Nous ne le croyons pas, et dans la note, en collaboration avec M. Jullien, écrite à propos d'une leçon faite par M. Diday, dans laquelle le représentant de l'école de Lyon avait défendu le microbe nouveau-né, nous avons rappelé combien cette doctrine microbienne expliquait mal beaucoup de cas, et nous rapportions l'observation d'une longue et douloureuse chaudepisse due à la masturbation, recueillie par un observateur digne de foi. Le microbe, disions-nous, expliquera difficilement les blennorrhagies contractées auprès d'une femme mariée dont le mari reste indemne, car il est peu admissible de dire que si l'épouse qui prend un amant, ne donne rien à son mari et donne à son amant, c'est qu'elle trouve là l'excitation qui réveille à la fois ses passions et ses microbes.

Ce qui rend encore difficile la croyance absolue du microbe, c'est l'influence considérable que l'arthritisme apporte dans la marche et la nature de la blennorrhagie, car c'est par l'arthritisme qu'il faut expliquer ces blennorrhagies prolongées si difficiles à guérir. Dans les leçons que j'ai faites au Midi, j'ai montré par des statistiques que les différentes complications de la blennorrhagie étaient beaucoup plus fréquentes au printemps et à l'automne, époque de prédilection des attaques de rhumatisme; aussi, pour guérir les blennorrhagies chroniques, ai-je toujours professé qu'avant de chercher à les faire disparaître il était indispensable de modifier l'économie par un traitement général. Alcalins, bains sulfureux, et ce n'est qu'après un traitement préparatoire fait longtemps dans cette idée qu'on pourra espérer obtenir la guérison par des modificateurs de la muqueuse uréthrale.

MALADIES DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES

1° Traité de Pathologie externe de M. Nélaton.
2e édition, t. V. — *Maladies des voies urinaires.*

Pour faciliter la publication de la deuxième édition du traité de pathologie de M. Nélaton, j'ai été chargé de revoir toute la partie qui traitait des maladies des voies urinaires. Il ne s'agissait pas de refondre cet ouvrage, mais d'y ajouter le résumé des travaux parus depuis en publication. Certains chapitres, cependant, ont dû être refaits entièrement; j'ai déjà analysé, dans le paragraphe concernant la blennorrhagie, ceux des affections inflammatoires du testicule et de la cystite blennorrhagique; j'indiquerai particulièrement les chapitres : 1° du *phlegmon périnéphrétique;* 2° des *plaies de la vessie*, où se trouvent toutes les expériences et recherches sur la suture de la vessie; 3° *les traumatismes du périnée*, où j'ai cherché, en m'appuyant sur les beaux travaux du professeur Guyon, de Crass, à bien exposer la thérapeutique de ces terribles accidents; 4° *les rétrécissements de l'urèthre*, avec une description complète de l'uréthrotomie interne et externe; 5° *la lithrotritie rapide;* 6° *les abcès de la prostate;* 7° *les vices de conformation du pénis.*

2° De l'uréthrotomie interne.
Soc. de méd. de Paris, 1878.

3° De l'uréthrotomie interne à l'hôpital du Midi.
Thèse de M. Peyneaud, 1876.

Dans cette communication et dans la thèse que j'ai fait faire par un externe de mon service, j'ai fait connaître *un nouvel uréthrotome* que j'ai présenté ensuite à la Société de chirurgie.

Cet uréthrotome rentre dans la classe des uréthrotomes à lame cachée; il a la forme d'une sonde à petite courbure.

La partie rectiligne est creuse, et contient une tige à l'extrémité de laquelle se trouve une petite lame à section mousse, que l'on peut faire sortir par une simple pression de haut en bas.

A 5 centimètres de l'extrémité de la tige se trouve une olive qui vient buter contre le rétrécissement et indique nettement la situation du rétrécissement; lorsqu'on a introduit l'uréthrotome et que l'olive, butant contre le rétrécissement, empêche d'aller plus loin, on presse sur la tige qui soulève directement de dehors en dedans la lame qui vient sectionner le rétrécissement. On sait que le débridement est suffisant lorsque la boule peut passer.

Le reproche que l'on fait à l'uréthrotome à lame courante, c'est qu'on ne sait jamais si la lame ne coupera pas un pli de muqueuse, puis, comme rien ne permet de savoir quelle est la résistance ou quelle est l'épaisseur du rétrécissement, on peut soit couper incomplètement, soit couper au delà de la portion rétrécie.

Pour éviter semblable inconvénient, j'ai fait établir trois uréthrotomes parfaitement gradués, le premier a un calibre qui passe dans le n° 6 de la filière, le second dans le 11 et le troisième dans le n° 22. Les olives qui indiquent le siège du rétrécissement sont graduées proportionnellement et aux tiges et aux dimensions de la lame.

Pour se servir de cet uréthrotome, voilà comment on procède. Après avoir vissé à l'extrémité du plus petit des trois uréthrotomes une bougie conductrice, on introduit l'instrument; si l'olive est arrêtée, on fait sortir la lame, une ou deux fois, on la rentre et on pousse l'uréthrotome qui, en passant, indique que le rétrécissement est assez débridé pour avoir le calibre de l'olive. On ressort l'uréthrotome, on introduit le second; si l'olive n'est pas arrêtée, on réintroduit le troisième, dont l'olive a un n° 22 de la filière; si l'olive passe, c'est que le petit débridement a suffi pour détruire entièrement le rétrécissement, si, au contraire, l'olive est arrêtée, c'est qu'il persiste quelques brides excentriques : on fait alors sortir la lame qui les sectionne.

J'ai pratiqué plus de cent uréthrotomies internes avec cet instrument : je n'ai jamais eu de cas de mort et jamais d'accidents graves d'hémorrhagie.

Je trouve à cet uréthrotome le grand avantage de savoir très exactement ce que l'on fait et de ne jamais dépasser les points malades. Le débridement, ne se faisant que successivement, ne se pratique que s'il y a nécessité et suivant l'épaisseur de tissu pathologique.

A la suite de l'uréthrotomie interne, je ne place jamais de sonde à

demeure et, malgré cette pratique, je n'ai jamais vu survenir d'accidents d'injection. Du douzième au quinzième jour après l'opération, je commence à passer des bougies Bessigné pour bien calibrer le canal de l'urèthre.

D'après les observations que j'ai recueillies depuis plus de dix ans, je ne crois pas qu'il y ait plus à redouter les récidives que par les autres procédés.

4° De l'uréthrotomie externe.

France méd., 1883. — *Avec planche.*

5° Observations d'uréthrotomie externe sans conducteur.

Soc. de chir., t. VII.

Dans ce mémoire sur *l'uréthrotomie externe*, j'ai donné une description complète de la technique opératoire, pour l'uréthrotomie interne avec ou sans conducteur. J'ai cherché à démontrer que pour qu'une urèthrotomie externe soit bien faite, il faut que l'incision descende assez bas pour que l'angle inférieur de la plaie ait exactement la direction du bout postérieur du canal de l'urèthre. Lorsque le malade est placé dans le décubitus dorsal, les jambes un peu relevées, une sonde introduite dans l'angle inférieur de la plaie doit pouvoir être introduite directement dans la vessie.

De même que pour l'uréthrotomie interne, je ne mets jamais de sonde à demeure après l'opération. J'ai rapporté des observations dans lesquelles la sonde a été cause d'accidents nerveux graves qui ont cessé dès que la sonde fut retirée. Comme il est impossible qu'une sonde reste à demeure tout le temps de la cicatrisation de la plaie à cause de la suppuration qui envahit les deux extrémités du canal, on est obligé de la retirer au moment vraiment utile, c'est-à-dire au moment où le canal commence à se reformer. Il est donc plus naturel de ne pas en mettre après l'opération et de réserver son usage lorsque le canal se reforme et qu'il y a intérêt à éviter le passage de l'urine par la plaie.

J'ai insisté sur les résultats vraiment merveilleux que donne l'uréthrotomie externe en communiquant à la Société de chirurgie une

observation d'*uréthrotomie sans conducteur*, t. VII. Cet homme, opéré en 1878, mourut dans mon service en 1882; pendant ces quatre ans on ne lui passa aucune sonde, et à sa mort on trouva un canal, permettant très facilement le passage d'une sonde n° 20, dans lequel il fut impossible, à l'autopsie, de trouver trace de cicatrice. En m'appuyant sur les observations que contenait ce mémoire, j'ai cru pouvoir, comme conclusions, conseiller l'uréthrotomie externe :

1° Dans tous les cas de rétrécissements infranchissables.

2° Dans les cas de rétrécissements étroits compliqués de fistules et d'induration du périnée,

3° Dans tous les cas de rétrécissements accompagnés de fistules ayant occasionné des accidents d'infection urineuse.

6° Indications de l'uréthrotomie interne et de l'uréthrotomie externe.

Soc. de chir., 1886.

Dans cette communication, j'ai cherché à démontrer que l'uréthrotomie externe était surtout indiquée pour les rétrécissements d'origine traumatique, parce qu'outre la lésion du canal de l'urèthre il y avait toujours des brides cicatricielles qui siègent dans le périnée et qui se manifestent le plus ordinairement sous la forme d'un bourrelet que l'on sent facilement avec le doigt.

Aussi, pour obtenir une véritable guérison d'un rétrécissement traumatique, il faut recourir à l'uréthrotomie externe, qui seule peut permettre d'attaquer non seulement le rétrécissement, mais les brides que l'on pourrait appeler le rétrécissement extérieur.

Parmi les rétrécissements d'origine inflammatoire, j'ai surtout cherché à démontrer que l'uréthrotomie externe était l'opération de choix pour les malades atteints de rétrécissements étroits, compliqués de fistules, d'induration du périnée, et dont l'état général ne peut laisser de doutes qu'ils ne soient sous l'influence d'un empoisonnement urineux.

Pour soutenir cette opinion, je me basais sur ce que l'uréthrotomie interne fait bien cesser immédiatement la congestion rénale purement passive qu'amène toute gêne dans l'émission de l'urine, mais il n'en est plus de même chez les rétrécis atteints de nombreux trajets fistuleux et de clapiers urineux. Avec une uréthrotomie interne même très bien

faite, on ne peut supprimer les clapiers où stagne l'urine, tandis qu'avec une uréthrotomie externe largement exécutée, en débridant les fistules, en excisant les tissus indurés, permettant de pratiquer facilement les lavages de la vessie, de la plaie, on peut faire cesser les causes d'infection et peut-être arrêter la marche des accidents rénaux, comme je le prouvais par des observations.

7° De l'opération du phimosis. — Nouvelle pince.

Soc. de chir., 1878-1880.

Dans les différentes communications que j'ai faites à la Société de chirurgie, j'ai insisté sur la nécessité de réséquer beaucoup de muqueuse préputiale pour éviter les récidives comme on en a observé, et pour éviter le bourrelet œdémateux que l'on constate après les opérations même bien faites.

Pour ne pas tomber dans ces deux inconvénients, j'ai conseillé de sectionner la peau à l'endroit voulu, sans se préoccuper de la muqueuse. Lorsqu'on a coupé la peau, on trouve un phimosis muqueux que l'on opère de la façon suivante.

On fait une incision dorsale médiane de la muqueuse; puis avec la nouvelle pince que j'ai présentée, on saisit la muqueuse au ras du gland et on coupe environ à un demi-centimètre. On approche ensuite la peau et la muqueuse avec les serres fines. Par cette excision aussi complète que possible de la muqueuse, on obtient des résultats immédiats excellents avec une grande rapidité.

8° Du traitement de l'hydrocèle vaginale par la compression après l'injection de la teinture d'iode.

Soc. de chir., 1870. — *Gaz. hebd. par le Dr Wickham*, 1886.

Après l'injection de teinture d'iode, il se fait toujours une reproduction de liquide dont la disparition exige souvent cinq ou six semaines. Pour éviter cet inconvénient, j'ai proposé de soumettre la région scrotale à une compression bien faite.

Cette compression se fait avec une assez grande quantité d'ouate que l'on maintient avec des bandes de tarlatane humide formant une espèce

de spica double. Il faut environ cinq bandes de tarlatane de 10 mètres de long et de 7 centimètres de large. Pour bien solidifier le bandage, on recouvre les derniers tours de bande avec du silicate.

En 1868, j'avais déjà rapporté plusieurs observations dans lesquelles la guérison avait été obtenue en dix à douze jours ; en 1886, j'ai fait publier une nouvelle série d'observations par mon ancien interne le docteur Wickham, dans lesquelles le résultat a été aussi bon. Même lorsque la compression n'est pas faite très exactement, on obtient une sérieuse diminution dans la résorption du liquide.

5° Cure radicale du varicocèle par la résection du scrotum et des veines postérieures du cordon.

Communication à l'Acad. de méd., 1885.

Dans ce mémoire j'ai proposé, pour la guérison du varicocèle, de faire la résection combinée du scrotum et des veines postérieures du cordon. Je donnais la description de l'opération telle que je la fais et j'apportais dix-neuf observations de varicocèles traités par ce procédé avec d'excellents résultats dont quelques uns remontaient déjà à deux ans.

Depuis cette époque j'ai refait de nouvelles opérations, j'ai revu plusieurs de mes opérés anciens, et les résultats que j'ai constatés n'ont fait que confirmer les conclusions de mon travail. Notre collègue, M. Le Dentu, a communiqué au congrès de chirurgie, en 1887, cinq observations de varicocèles traités avec succès par mon procédé. Les recueils étrangers ont fait connaître d'autres observations de varicocèles opérés avec le même succès.

On a critiqué la suture que j'emploie pour le scrotum, mais je n'y attache aucune importance; moi-même je l'ai modifiée, mais ce qui fait le côté vraiment nouveau de cette méthode, c'est la résection des veines postérieures du cordon.

Comme je l'ai démontré, les veines postérieures, qui doivent jouer un rôle considérable dans la circulation du testicule, sont presque toujours prises dans le varicocèle, et souvent même la lésion ne siège que sur elles. Leur résection est très facile ; on les isole du cordon en les saisissant avec le scrotum, on passe un fil phéniqué entre elles et le cordon,

puis on attire le faisceau veineux, grâce à ce fil, entre les mors du clamp sur lequel on fait la section de la peau.

D'après ce que j'ai observé, la résection de ces veines postérieures apporte une véritable modification dans la circulation du testicule et amène la guérison du varicocèle qui siége même sur les veines antérieures du cordon.

En employant le procédé que j'ai présenté à l'Académie, l'opération n'a aucune gravité; elle s'exécute sans mettre un vaisseau ou un organe à l'air. Entre mes mains et celles des chirurgiens qui ont bien voulu l'employer, elle n'a jamais été accompagnée des accidents graves qui ont été observés dans les autres procédés.

10° Plaie du testicule par une aiguille. — Extraction.

Soc. de méd. de Paris., 1886.

Observation unique, car dans aucuns recueils ou traités spéciaux je n'ai pu en rencontrer une analogue.

Le malade qui fait le sujet de cette observation venait de se coucher ayant un caleçon, lorsqu'il sentit une vive douleur au testicule; il y porte rapidement la main avec l'intention d'éloigner ce qui semblait le faire souffrir. Il rencontre une aiguille qui paraît implantée dans le scrotum; il veut la retirer, mais elle casse à trois centimètres de la pointe.

Le morceau d'aiguille est resté trente-six heures, sans développer de très vives douleurs, mais si quelque chose pressait sur le corps étranger, le malade éprouvait la douleur angoissante que détermine la compression du testicule.

L'extraction a été très difficile, à cause de l'impossibilité de donner une position fixe au testicule sans le comprimer. Pour y parvenir et pour faire saillir l'aiguille, les deux mains du chirurgien sont indispensables; aussi, pour éviter un échec, j'ai donné le conseil de ne jamais essayer semblable extraction sans être assisté d'un aide adroit, muni d'une excellente pince.

Malgré le séjour de l'aiguille pendant trente-six heures, il n'y eut aucune réaction inflammatoire.

11° Tumeur de la vessie. — Boutonnière périnéale. — Expulsion spontanée de la tumeur.

Progr. méd. 1886.

Tumeur de la vessie située à la face vésicale de la prostate, ayant un volume aplati de cinq centimètres de diamètre et un centimètre d'épaisseur.

Arrachement de la tumeur par la boutonnière périnéale, mais impossibilité de saisir la tumeur avec la tenette.

Trois heures après l'opération, douleurs très vives avec rétention d'urine, puis expulsion spontanée de la tumeur. Guérison.

MUSÉE DE VÉNÉRÉOLOGIE. — HOPITAL DU MIDI

Pendant mon séjour, comme chef de service à l'hôpital du Midi, j'ai créé, à l'instar du musée de Saint-Louis, une collection de pièces reproduisant toutes les affections curieuses des maladies des organes génitaux qui se présentèrent dans mon service.

Mais à côté de ces pièces rappelant les cas exceptionnels, j'ai voulu avoir la reproduction exacte de toutes les éruptions types de la syphilis, de toutes les formes de chancres syphilitiques ou chancres mous.

Je crois y être parvenu, et lorsque j'ai offert à l'administration de l'assistance publique, en quittant l'hôpital du Midi, cette collection, il y avait plus de 160 pièces, pouvant permettre de faire un cours complet des maladies vénériennes.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES

Éloge de Voillemier.
Soc. de chir., 1881.

Éloge de Chassaignac.
Soc. de chir., 1882.

Éloge de Broca.
Soc. de chir., 1884.

Éloge de Sédillot.
Soc. de chir., 1885.

OBSERVATIONS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Ostéo-myélite du tibia. — Fracture spontanée. — Amputation de la jambe. — Guérison.

Soc. de chir., 1871.

Observation intéressante, car la marche de l'ostéo-myélite eut lieu de haut en bas; l'articulation tibio-tarsienne fut envahie et l'amputation de la jambe put être faite au lieu d'élection en plein tissu sain.

Note sur le traitement des hémorrhagies artérielles de la paume de la main.

Gaz. hebd., 1867.

Après avoir étudié les circonstances dans lesquelles les artères de la main étaient principalement atteintes, j'ai examiné les différents moyens thérapeutiques qu'on peut apposer aux hémorrhagies.

J'ai cherché, avec observations à l'appui, à prouver combien la compression indirecte, faite sur les artères de l'avant-bras ou sur celle du bras, était un moyen infidèle.

La compression directe donne de bons résultats immédiats, mais elle est difficile à exécuter à cause du relâchement très facile de l'appareil compressif et surtout à cause des vives douleurs qu'elle provoque; en outre la compression directe a le grand inconvénient d'être suivie de la formation d'anévrysmes pouvant guérir spontanément, mais réclamant souvent une intervention chirurgicale.

La ligature, suivant la méthode d'Anel, est un traitement très incertain, et la ligature des deux bouts artériels dans la plaie est le seul traitement sûr et méthodique que l'on doive opposer aux hémorrhagies artérielles de la paume de la main.

Note sur les kystes de la région poplitée.

Gaz. des hôp., 1860.

Observation d'adénome du voile du palais.

Union médicale, 1871.

Tumeur du volume d'un gland, ovoïde, à grand axe oblique de la base de la luette vers l'insertion du pilier antérieur. Le diagnostic d'adénome fut confirmé par l'examen histologique.

L'opération fut sans difficultés. Après avoir embroché la tumeur avec un fil d'argent, je fis une incision transversale et j'arrachai la tumeur.

Cette observation est intéressante par la rareté de ce genre de tumeurs, par l'âge de la malade, 47 ans, et par la coïncidence d'un phlegmon de la voûte palatine qui compliquait le diagnostic.

Note sur un phénomène singulier survenu à la suite de l'administration du chloroforme.

Soc. de chir., 1870.

Après une anesthésie trés régulière, au moment du réveil, il se produisit sans interruption cinquante éternuements. Discussion sur la cause d'un semblable phénoméne. Action réflexe.

Des luxations en haut de l'extrémité interne de la clavicule.

Soc. de chir., 1870.

Étude sur les causes de cette luxation; discussion sur le mode de réduction et de contention. Observation prouvant que la position horizontale suffit pour obtenir la réduction.

Observation de fistule vésico-vaginale. — Anomalie de l'artère utéro-ovarienne.

Soc. de chir., 1870.

La fistule siégeait à la partie médiane de la cloison vésico-vaginale à quatre centimètres du col de l'utérus. Au premier temps de l'incision du bord supérieur, hémorrhagie foudroyante. Application d'une pince à forcipressure, mais hémorrhagies successives qui entraînèrent la mort de la malade. L'autopsie permit de constater que l'artére utéro-ovarienne gauche descendait dans la cloison vésico-vaginale en formant une anse pour remonter sur les côtés de l'utérus.

Vaste abcès froid sus-pectoral. — Extirpation de la poche. — Guérison.

Soc. de chir., 1870.

Observation intéressante par le volume de l'abcès qui, partant de l'extrémité interne de la clavicule, descendait comme une énorme gourde jusqu'à la partie inférieure du sein, où il comprimait et aplatissait la glande mammaire.

Chercher à obtenir la cicatrisation de cette vaste poche par les injections irritantes était impossible; après avoir disséqué, des parties environnantes, toute la poche, je l'excisai, je cautérisai le point de départ et j'appliquai le pansement ouaté de M. Guérin. La guérison marcha très rapidement.

De la combustion spontanée.

Soc. de chir., 1874.

Étude historique de cette question qui ne remonte pas à plus de deux cents ans. — Considérée comme une fable par un grand nombre de physiologistes, la combustion spontanée a trouvé encore certains partisans et particulièrement Devergie. — Après avoir prouvé que personne digne de foi n'a encore assisté à une combustion, j'ai rapporté toutes les expériences faites en France et en Allemagne, et j'ai passé en revue, en les critiquant, toutes les théories que l'on a données pour admettre la combustion spontanée.

Je crois avoir prouvé qu'il est impossible, actuellement, d'accepter comme vraie la combustion spontanée des corps, car aucune observation ne peut supporter une discussion un peu sérieuse.

Rapport sur la désarticulation de l'épaule.

Soc. de chir., 1874.

Rapport sur deux observations de fracture de la clavicule ayant occasionné l'oblitération des artères du bras et de l'avant-bras.

Soc. de chir., 1876.

L'oblitération des artères du bras et de l'avant-bras est un phénomène complètement exceptionnel dans les fractures de la clavicule, aussi l'observateur avait-il demandé à quelle cause on pouvait attribuer cette lésion.

Après avoir discuté les différentes théories qu'on pouvait imaginer, j'ai conclu à une périartérite occasionnée par la contusion de l'axillaire pendant le traumatisme de la fracture.

Rapport sur un nouveau procédé pour l'insufflation de l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache.

Soc. de chir., 1876.

Observation de deux calculs salivaires du canal de Wharton.

Soc. de chir., 1877.

Les observations de calculs salivaires multiples sont rares. Chez mon malade il y en avait deux, dont le diagnostic fut fait avant l'opération. Un calcul était long et pointu, l'autre arrondi, ayant une longueur de 4 centimètres et pesant 3^{gr},50. Au point de contact il existait une petite surface articulaire.

Outre le double calcul, cette observation était intéressante à plusieurs points : d'abord parce que, contrairement à ce qu'on observe, la grosse extrémité du calcul n'était pas dirigée vers la glande, en outre par la rapidité avec laquelle s'était formé le second calcul, sept mois, mais surtout parce qu'on pouvait trouver l'explication du mode de formation de ces deux calculs, pathogénie extrêmement obscure. En coupant le calcul le premier en date, je trouvai dans l'intérieur un noyau, gros comme un grain de millet, logé dans une petite cavité.

Ce noyau, qui ressemblait à un corps étranger, était composé des mêmes sels que les couches excentriques, mais il était recouvert par une couche jaunâtre qui n'est autre chose qu'une couche organique. Aussi peut-on admettre que ce petit noyau s'était formé dans la glande même, puis qu'arrivé dans le canal de Wharton, dont il n'a pu sortir, il a joué le rôle de corps étranger autour duquel s'est formé le calcul.

Sarcome télangiectasique du cuir chevelu compliqué d'anévrysme cirsoïde.

France m d., 1875.

Sarcome situé à la partie médiane et supérieure de l'occipital, ayant un volume d'une grosse pomme, 28 centimètres de circonférence, et le pédicule 18.

La tumeur est le siège de battements isochrones au pouls que l'on constate facilement. Il n'y a pas d'expansion anévrysmale.

Toute la portion du cuir chevelu qui entoure la moitié inférieure de la tumeur est le siège, dans une étendue de 7 centimètres, du développement des artères.

La malade chez laquelle j'observais cette tumeur avait 74 ans et affirmait que l'apparition remontait à l'âge de 40 ans. Peut-être n'aurait-elle jamais songé à se faire opérer si cette tumeur n'était devenue, depuis quelques jours, le point de départ d'hémorrhagies assez inquiétantes.

Le diagnostic de sarcome n'avait rien de très particulier dans cette région, mais le point vraiment curieux de cette tumeur était la complication d'anévrysmes cirsoïdes. Tout le tissu morbide était traversé par des vaisseaux sanguins très dilatés et adhérant au néoplasme, ce qui le rendait béant; de plus les deux artères occipitales se présentaient comme deux gros vaisseaux tortueux.

L'intervention chirurgicale s'imposait, mais il y avait quelque danger à agir directement sur cette tumeur, véritable éponge vasculaire.

Pour éviter semblable danger, je passai sous chaque artère occi-

pitale une forte aiguille de Simpson, sur laquelle je pratiquai l'acupressure, qui produisit une diminution considérable de la tumeur, que j'enlevai avec l'écraseur. Le résultat fut excellent; aussi je crois que cette observation a une certaine importance, car elle prouve tous les avantages que l'on peut obtenir, dans les ablations des tumeurs compliquées de dilations artérielles, par les procédés mixtes : 1[er] temps, arrêt de la circulation dans les vaisseaux afférents; 2[e] temps, ablation de la tumeur.

Sarcome sous-cutané de la joue. — Moulage.

Soc. de chir., 1885.

Le sarcome avait eu pour point de départ la boule graisseuse de la joue, dite boule de Bichat.

Les lésions de cet organe sont fort peu connues; on a décrit des lipomes, mais jamais de sarcome.

La marche de la maladie avait été longue, puisque, au dire de la malade, elle s'était aperçue, il y a trois ans, d'une petite tumeur siégeant dans la joue, la peau pouvait être pincée au-dessus de la tumeur.

L'opération se fit sans la moindre difficulté et la guérison fut obtenue en quinze jours.

D'après les recherches que j'ai faites, je crois que ce cas de sarcome de la boule de Bichat est unique.

De l'hystérectomie par la méthode sus-pubienne.

Rapp. Soc. chir., 1881.

Hystérectomie sus-pubienne.

Réflexions critiques sur le danger que peut présenter une ponction exploratrice pour le diagnostic des tumeurs de l'abdomen. J'ai appuyé

cette opinion sur deux observations, l'une d'un kyste de l'ovaire où une ponction exploratrice fut suivie d'une rupture de la poche, et l'autre d'un corps fibreux dans laquelle, au cours de l'opération, je voulus faire une ponction, espérant trouver un kyste dont la ponction aurait facilité l'extirpation ; mais le trocart ne put pénétrer au delà du tissu utérin, qui devint le point de départ d'une hémorrhagie difficile à arrêter.

Dans l'observation d'hystérectomie publiée dans la thèse de M. le tissu morbide situé dans l'épaisseur de la paroi utérine présentait un aspect rouge, charnu, tout à fait exceptionnel.

Observation de trépanation pour une fracture du frontal avec enfoncement.

Soc. de chir., 1868.

Les remarques que cette observation m'avait suggérées en 1868, avaient pour but de montrer combien l'abstention était une pratique désastreuse dans le cas d'enfoncement des os du crâne ; aujourd'hui l'opinion est faite.

Observation d'une tumeur lymphatique de l'aine.

Soc. de chir., 1868.

Myxome de la paroi abdominale.

Soc. de chir., 1817.

Observation des plus rares, dont toute l'importance a été enlevée par une erreur typographique qui l'a fait imprimer sous le nom de myome.

Le myxome des muscles est chose déjà rare, mais dans la paroi abdominale il est exceptionnel.

Le fait clinique intéressant de cette observation consiste surtout

dans l'altération survenue aux parois de l'intestin sous l'influence de l'envahissement du tissu morbide. Il se produisit des perforations intestinales et la mort survint par suite d'épuisement produit par la diarrhée.

Corps étranger du rectum.

Soc. méd. de Paris, 1877.

Tous les auteurs ont cité l'introduction, dans le canal de l'urèthre, de sonde par une espèce d'aspiration, mais ce mécanisme n'avait pas encore été signalé pour le rectum, et ce fait semble le prouver.

On faisait prendre un lavement avec une canule en gomme noire montée sur la canule en os de l'irrigateur. L'enfant, âgé de six ans, était placé sur les genoux de la bonne, dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs relevés.

En voulant retirer l'instrument, on s'aperçoit que la canule en gomme ne recouvre plus la canule en os; on écarte les fesses pour saisir la canule en gomme, qui devait dépasser l'anus d'environ trois centimètres; mais avant même qu'on eût pu la saisir, l'extrémité externe disparaissait dans le rectum.

La canule était placée en travers dans le rectum, et l'extraction en fut facile avec le doigt recourbé en crochet.

Nouvelle liqueur minérale antiseptique.

Soc. de méd. de Paris, 1881.

Liqueur obtenue par l'action de l'acide chlorhydrique sur les laves leucitiques; elle contenait cinq chlorures. D'après les nombreuses expériences que j'ai faites à l'hôpital du Midi, ce liquide était appelé à être un antiseptique des plus remarquables, et en hygiène publique un désinfectant de premier ordre. Malheureusement, les inventeurs de la nouvelle liqueur ne purent s'entendre, la fabrication fut arrêtée et on ne put l'introduire dans le commerce. Peut-être cette fabrication sera-

t-elle reprise, et je suis certain que cette liqueur rendra de réels et importants services.

Cancer de l'S iliaque. — Résection. — Entérorhaphie. — Mort.

Bull. médical, 1887. — *Thèse du Dr Casse*, 1887.

Des abcès de la marge de l'anus.

Soc. de chir., 1887.

Rapport dans lequel on trouvera un historique du traitement des abcès de la marge de l'anus.

On rapportait à Faget l'invention de la méthode dans laquelle, pour ouvrir un abcès de la marge de l'anus, on fait l'incision de la paroi rectale pour transformer cet abcès en véritable fistule, et à Foubert, la méthode des petites incisions pour laisser évacuer le pus.

Cette discussion était revenue à l'ordre du jour à la suite d'une communication faite au congrès pour l'avancement des sciences, dans laquelle l'auteur avait cherché à démontrer que la méthode de Faget était la seule bonne à suivre; un de nos collègues des hôpitaux vint lire à la Société de chirurgie deux observations d'abcès de la fosse ischio-rectale guérie par la simple incision cutanée.

Chargé de rendre compte de cette communication, j'ai montré combien la méthode dite de Faget était suivie par le plus grand nombre de nos maîtres et de nos collègues, mais j'ai surtout voulu prouver que la méthode dite de Faget ne lui appartenait nullement et que, dans son mémoire à l'Académie de chirurgie, il n'exposait qu'une méthode ancienne et parfaitement établie que des chirurgiens peut-être un peu craintifs tendaient à abandonner.

En effet, j'ai retrouvé dans un ouvrage de Saviard, intitulé *Nouveau recueil d'observations chirurgicales*, publié en 1702, l'exposé complet de ce procédé; j'ai cité deux observations dans lesquelles le chirurgien juré de l'Hôtel-Dieu expose de la façon la plus formelle que, pour guérir un abcès profond de la marge de l'anus, « il faut nécessai-

rement couper l'intestin, quoiqu'il ne soit pas percé, parce qu'on ne peut jamais établir une bonne cicatrice dans le fond de l'ulcère quand la matière a touché le corps de l'intestin ».

Nouveau speculum recti.

Soc. de chir., 1880.

Un speculum recti construit de telle façon que les quatre valves qui le composent, se développent dans le rectum sans dilater d'une façon exagérée l'anus.

Perforation du voile du palais, suite de gomme.

Soc. de chirurgie.

La perforation siégeait au-dessus de la luette, jusqu'à la partie médiane du palais, et présentait une dimension d'une pièce de 50 centimes.

Pour combler cette perte de substance je mis à profit la luette. Après avoir avivé les bords de l'orifice, j'excisai la muqueuse de la partie antérieure de la luette, que je relevai d'arrière en avant et que je maintins au contact des bords de la perforation au moyen de cinq points de suture.

Le résultat fut excellent; le malade parlait comme avant sa perforation et n'éprouvait aucune gêne pendant la déglutition.

Note sur le cancer de la verge.

Lue à l'Académie de médecine. 1887

Dans ce travail, j'ai cherché, en m'appuyant sur une statistique personnelle, à prouver que la récidive du cancer de la verge était beaucoup plus fréquente dans les ganglions de l'aine que dans les moignons de la cicatrice.

Aussi ai-je conseillé d'enlever toujours les ganglions de la région inguinale, et j'ai rapporté, à l'appui de cette manière d'agir, l'observation d'un homme guéri depuis près de trois ans. Cette ablation des ganglions inguinaux malades ou non est des plus simples; elle se pratique au moyen d'une incision linéaire de 6 centimètres qui permet d'enlever tout le tissu cellulaire sous-cutané dans lequel sont situés les ganglions.

J'ai fait connaître le procédé d'amputation de la verge que j'emploie depuis dix ans et qui met complètement à l'abri de la rétraction du canal de l'urèthre.

On introduit une sonde en gomme dans le canal de l'urèthre, puis on fait à la face inférieure de la verge, moitié sur le scrotum, moitié sur la verge, une incision verticale de 5 centimètres; on met à nu le canal de l'urèthre que l'on détache de la gouttière des corps caverneux par une dissection semblable à la dénudation d'une artère.

Cette dénudation faite, on passe entre l'uréthre et les corps caverneux, une sonde cannelée qui permet de passer soit la chaîne de l'écraseur soit l'anse galvanique ou le bistouri suivant le choix de l'exérèse.

Après la section des corps caverneux pratiquée aussi prés que possible de la symphyse, on coupe le canal de l'uréthre à 2 centimètres au-dessus de la place opératoire; on suture les bords de l'incision en maintenant, à l'angle inférieur, le canal de l'uréthre par deux fils de soie ou deux crins de Florence.

Les résultats des opérations obtenus par ce procédé sont excellents, car, outre l'impossibilité de craindre la rétraction du canal immédiatement ou consécutivement aprés l'opération, il reste, après la cicatrisation, un petit mamelon saillant formé par le canal de l'urèthre qui permet à l'opéré d'uriner debout et de diriger le jet d'urine.

Malformations congénitales. — Troubles trophiques de l'aïnhum et des amputations congénitales.

Société de chirurgie. Octobre 1887.

Observation d'un homme de quarante-cinq ans, n'ayant jamais quitté la France, présentant des malformations congénitales de la main droite, du pied droit et du membre inférieur gauche.

A la main droite : 1° amputation de la phalangette de l'auriculaire se terminant par un petit tubercule gros comme un pois, séparé du moignon par un petit sillon ; 2° amputation de la phalangette du médius, ayant une cicatrice étoilée.

Au pied droit, trois orteils sont mutilés : 1° gros orteil complètement amputé : 2° deuxième orteil réduit aux deux premières phalanges, sans que l'on puisse constater une cicatrice ; 3° troisième orteil, amputation de la phalangette.

Jambe gauche : 1° amputation partielle du pied rappelant le résultat de l'amputation de Chopart ; 2° au niveau de la tubérosité antérieure du tibia, sillon complètement circulaire, au fond duquel on voit et on sent une bride de 4 millimètres de hauteur sur 2 d'épaisseur qui est appliquée sur le tibia et sur le péroné.

Ce sont des amputations congénitales, mais non produites par des brides extérieures au fœtus ; chez mon malade, le petit mamelon de l'annulaire et la bride résistante, au fond du sillon de la jambe, prouvent qu'il y a là une lésion dépendante des tissus cutanés et musculaires.

Aussi ai-je cru pouvoir conclure qu'il existe une maladie fœtale pouvant occasionner des amputations, et qu'on a donc le droit d'admettre pour les amputations congénitales deux processus bien distincts : 1° l'un traumatique, suite de brides extérieures étranglant les membres ; 2° l'autre pathologique, occasionné par une lésion du derme et des tissus sous-jacents.

Hernie ventrale consécutive à un abcès tuberculeux. — Cure radicale.

Bulletin médical. 1887.

Tumeur du volume d'une tête de fœtus occupant le milieu de la région sus-inguinale ; sonore dans toute son étendue, elle donne, à la

pression, la sensation de duvet fuyant sous les doigts; pas de portion dure et la réduction peut être complète. Le point de départ de cette hernie ventrale est un abcès d'origine tuberculeuse.

La malade était âgée de vingt-six ans; elle portait dans la région lombaire, sur le ventre, d'autres abcès, les uns guéris, les autres en voie de guérison.

L'abcès, qui a précédé cette hernie, date de neuf ans; on l'a vidé par une incision qui existe encore et qui donne issue à un peu de suppuration. D'après la marche de la maladie, la nature de la suppuration, j'ai pensé que cet abcès était d'origine tuberculeuse, ce qui permet d'expliquer comment un abcès, développé dans le tissu cellulaire, a pu être suivi d'un affaiblissement de la paroi abdominale pouvant amener la formation d'une hernie ventrale.

Lorsqu'on réduisait cette volumineuse hernie, on constatait, dans la paroi abdominale, une ouverture permettant l'introduction des cinq doigts disposés en cône. Aucun bandage ne pouvait parvenir a contenir cette hernie.

Le procédé opératoire fut le suivant :

J'incisai le trajet de l'abcès primitif dans toute son étendue et, avec la curette, j'enlevai toutes les fongosités.

J'incisai ensuite le sac, je maintins avec une grosse éponge aseptique la masse intestinale dans la cavité abdominale; j'excisai ensuite le reste du sac et je pus bien examiner l'ouverture qui avait 6 centimètres de diamètre.

Avec six fils d'argent comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, je pus fermer hermétiquement tout l'orifice herniaire; puis une suture superficielle avec onze fils d'argent compléta la réunion.

Les suites de l'opération furent simples; la suture profonde ne bougea pas, mais je fus obligé de désunir les deux extrémités de la suture superficielle parce qu'il fallut donner issue à du pus qui s'était formé dans l'ancien foyer.

Lorsque la malade sortit de la maison de santé, la hernie était complètement guérie, mais l'abcès donnait encore un peu de suppuration.

Cette observation est assez intéressante, car les cas d'hernie ventrale suite d'abcès sont très rares.

Vaste anus contre nature, suite d'une fistule pyo-stercorale, siégeant sur le cæcum. — Entérorrhaphie. — Guérison.

Congrès de chirurgie. Paris, 1888.

Cette observation est la première en France dans laquelle on ait essayé la cure d'un anus contre nature en mettant à profit les avantages merveilleux que donne la méthode antiseptique.

L'homme sur lequel j'ai rencontré cette affection avait eu une péri-typhlite accompagnée d'un abcès de la paroi abdominale, qui avait été ouvert sans que l'opérateur se fût douté du point de départ. De nombreux clapiers purulents très étendus me forcèrent à pratiquer plusieurs incisions, et, lorsqu'ils furent guéris, le malade avait un anus contre nature de 10 centimètres de long.

Deux tentatives de fermeture de cette énorme ouverture furent exécutées, à trois mois de distance, par la méthode ordinaire : avivement des bords de la perte de substance et suture avec des fils d'argent : dans la première tentative, toute la fistule fut fermée ; dans la seconde, seulement les trois quarts. Les résultats furent nuls.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques, je pratiquai, au point de réunion de la muqueuse et de la peau, une incision circulaire qui me permit de détacher l'intestin de ses adhérences et j'attirai au dehors tout le cæcum.

Neuf fils de soie phéniquée fine suffirent pour adosser les surfaces péritonéales de l'intestin, renversées l'une contre l'autre, à l'aide de pinces. Cinq points superficiels solidifièrent la suture. Mais la perte de substance était telle qu'il fut impossible de faire une suture en adossant le péritoine pariétal et je fus obligé d'aviver les bords cutanés dans une épaisseur de 2 centimètres, et, avec douze points de suture pratiqués avec du gros fil, je pus obtenir l'occlusion de cette énorme ouverture.

En un mois, la guérison était complète.

Dans cette note, j'ai cherché à établir qu'il n'y avait aucun avantage à provoquer la constipation qui avait toujours l'inconvénient d'augmenter le ballonnement du ventre, et, en me basant sur l'histoire de mon malade que j'avais légèrement purgé dès le second jour et sur plusieurs observations de grandes opérations abdominales, j'ai donné le conseil de chercher à obtenir, le plus rapidement possible, les évacuations alvines, soit par des lavements, soit par de légers laxatifs.

De l'opération du Varicocèle.

Thèse de F. Crouzat — 1889.

Dans cette thèse, faite par un de mes élèves, j'ai fait connaître une modification importante au procédé que j'avais proposé pour la cure du varicocèle; résection du scrotum avec celle des paquets variqueux.

Le clamp, au lieu d'être formé par deux tiges disposées comme un compas, a maintenant ses deux tiges parallèles; de plus, l'arc inférieur est recouvert par un épais manchon de caoutchouc qui permet de comprimer le scrotum sans le contusionner, et l'arc supérieur présente treize cannelures dans lesquelles on peut glisser des aiguilles d'acier munies de gros fils de soie. Après avoir réséqué le scrotum avec les paquets variqueux antérieurs et postérieurs, après avoir lié l'artère de la cloison et l'artère funiculaire, on place douze crins de Florence pour la suture superficielle, puis on retire les grosses aiguilles munies de fils de soie un peu forte avec lesquels on pratique une suture profonde pour bien réunir les deux feuillets du scrotum. Grâce à cette modification dans la disposition des sutures, on peut retirer le clamp de suite, ce qui évite toute crainte d'écorchure de la peau.

Dans cette thèse, j'ai fait publier plusieurs observations, dans lesquelles on peut trouver des résultats éloignés d'opérations de varicocèle par mon procédé.

Note sur le traitement des rétrécissements traumatiques du canal de l'urèthre.

Lue à l'Académie de Médecine — 1890.

J'ai communiqué à l'Académie une observation de rétrécissement traumatique du canal de l'urèthre traitée par la résection complète du rétrécissement, long de quatre centimètres. Il y avait alors plus de trois ans que le jeune garçon avait été opéré, et il était en si bon état qu'il avait pu s'engager sous les drapeaux, où il faisait son service sans avoir jamais éprouvé la moindre gêne de la miction. Dans cette note je donnais la technique de cette opération qui rend facile la découverte du bout postérieur de l'uréthre.

Depuis cette époque, j'ai refait souvent cette opération avec succès, et je puis dire que ma communication à l'Académie a été le point de départ de travaux sur ce sujet et a engagé plusieurs chirurgiens à essayer, dans des cas analogues, cette résection du canal de l'uréthre.

Rapport sur l'autoplastie contre les rétrécissements traumatiques de l'urèthre.

Société de Chirurgie — 1891.

Nouveau modèle de Lithotriteur.

Soc. de Chirurgie — 1891.

La modification que j'ai apportée au lithotriteur ordinaire est de remplacer le volant circulaire par des ailes. Grâce à cette disposition, on peut développer une force beaucoup plus considérable qu'avec le brise-pierre ordinaire.

Traitement des abcès urineux.

Annales des org. génito-urinaires — 1891.

Dans cette leçon j'ai proposé de faire l'ablation totale du foyer purulent, au lieu de se contenter de ne faire que l'incision de la poche.

Après avoir exposé les différentes théories que l'on a données pour expliquer la formation des abcès urineux, j'ai exposé pour quelles raisons je ne croyais pas beaucoup à la présence d'une bactérie spéciale, dite bactérie pyogène, pour expliquer la formation des abcès urineux, car, dans un cas d'abcès phlegmoneux, nous n'avons trouvé nullement cette bactérie, mais d'autres micro-organismes, particuliérement le staphylococcus aureus, auxquels il faudrait faire jouer un rôle prépondérant.

Aprés avoir rapporté deux observations dans lesquelles le traitement avait consisté en la simple incision de la poche, j'ai cherché à prouver que ce traitement était incapable de détruire toutes les lésions péri-uréthrales, et qu'il laissait toujours le malade dans des conditions où de nouveaux accidents étaient à redouter. En me basant sur ces faits, j'ai cru pouvoir conseiller l'ablation complète de la poche avec résection partielle ou totale du canal de l'urèthre, et j'ai apporté, à l'appui de cette opinion, deux observations de malades guéris radicalement par ce procédé.

J'ai revu ces deux malades, opérés depuis un an, et la guérison s'est parfaitement maintenue.

De l'influence des mouvements imprimés au malade pour la prise de la pierre et des fragments dans la lithotritie.
Société de Chirurgie — 1892.

Aprés avoir rappelé que le principe fondamental qui domine aujourd'hui la méthode de la lithotritie est d'aller prendre la pierre là où elle se trouve, j'ai exposé quels étaient les principes donnés par les auteurs pour arriver à ce résultat, et j'ai cherché à montrer qu'une lithotritie bien faite dépendait bien plus de l'habitude du chirurgien que des régles opératoires.

Aussi ai-je rappelé que, connaissant le côté un peu défectueux de cette méthode, certains chirurgiens, dès le début de la lithotritie, avaient cherché à la perfectionner en plaçant les malades sur des lits mobiles permettant de faire tomber sans efforts la pierre entre les branches du brise-pierre.

Cette méthode, que j'avais vu employer au début de mes études médicales, m'était restée comme plus simple et plus expéditive que celle où l'on va chercher la pierre; aussi ai-je voulu l'expérimenter en employant un lit spécial qui avait donné de beaux résultats à son inventeur, mais qui avait été complétement abandonné.

Je ne puis revenir, dans cette note, sur la forme et sur les mouvements de ce lit ou fauteuil, avec lequel les manœuvres sont d'une grande simplicité, mais je désire rappeler que le nombre des prises pour le broiement est considérablement diminué et que la perte de sang est insignifiante.

Depuis que j'ai adopté ce procédé, je n'ai recueilli que quatre observations dans lesquelles, ayant constaté la présence d'une pierre, il m'a été impossible de la saisir, et la taille à laquelle j'ai dû recourir m'a fait reconnaître deux fois une pierre adhérente, une fois une pierre dans une cellule et une fois un calcul enclavé entre la paroi vésicale et une énorme tumeur de la prostate.

Leçons sur l'Uréthrite chronique.
G. Masson, éditeur — 1892.

Dans ces leçons faites en 1891, à l'hôpital Necker, j'ai voulu mettre à profit tous les travaux parus depuis dix ans, sur la physiologie et la pathologie du canal de l'urèthre et, surtout, l'usage de l'uréthroscope. Cet excellent instrument, dû à un chirurgien français, n'a jamais tenu

en France la place qu'il méritait; mais, comme toujours, les étrangers l'ont repris, amélioré, et ce mode d'examen un peu dédaigné ici nous est revenu avec de sérieuses recherches qui l'ont remis à la place qu'il devait occuper, soit comme moyen de diagnostic, soit comme procédé de thérapeutique.

J'ai surtout cherché, après avoir exposé la marche naturelle d'une blennorrhagie abandonnée à elle-même et ensuite traitée méthodiquement, quelles étaient les raisons pour lesquelles une blennorrhagie passait à l'état chronique? je crois avoir exposé, avec une grande impartialité, toute la théorie microbienne de la blennorrhagie et son peu d'importance dans la thérapeutique et surtout en médecine légale.

L'anatomie pathologique de la blennorrhagie aiguë et chronique, faite avec l'aide de l'uréthroscope, met bien en relief toute l'importance des dépôts embryonnaires qui sont le point de départ des rétrécissements fibreux de l'uréthre.

Je crois avoir démontré qu'il n'y avait, entre l'uréthrite chronique et le rétrécissement, qu'une coïncidence, et que l'uréthrite chronique ne dépendait pas du rétrécissement et réciproquement. De plus, que le rétrécissement dépendait des dépôts embryonnaires profonds dont le processus fatal vers la sclérose conduisait à cette lésion; aussi qu'il était indispensable, avant de traiter l'écoulement, de détruire le début de rétrécissement et que le meilleur procédé était la dilatation,

Dans ce travail se trouve une planche en couleurs sur laquelle existent six figures qui donnent, au moyen de l'uréthroscope, l'aspect du canal sain, celui du canal enflammé et les lésions formées par les érosions, les plaques granuleuses et les infiltrations embryonnaires superficielles, enfin une sixième figure représente l'aspect que prend le canal de l'uréthre lorsqu'il est le siége d'infiltration profonde.

Dans le chapitre de la thérapeutique, j'ai eu surtout pour objectif d'indiquer les grandes lignes du traitement; j'ai commencé par indiquer tous les modes de traitement, injection, instillations, etc. etc., avec leur *modus faciendi*, puis, après avoir rappelé à quels diagnostics on pouvait arriver, j'ai cherché à établir pour telle maladie quel était le mode de traitement auquel il fallait recourir. J'ai surtout insisté sur le traitement préparatoire auquel il fallait soumettre le malade avant de commencer le traitement de l'uréthrite chronique.

Je crois qu'en suivant les lignes que j'ai indiquées, le médecin pourra rendre service à ces malheureux malades qui font le désespoir des chirurgiens et qui deviennent à charge à eux-mêmes.

MÉDECINE LÉGALE

1° *Homicide conventionnel.*

Soc., méd. lég., 1869.

Un individu est trouvé le crâne fracassé, la main droite tenant un pistolet. Le médecin appelé comme expert crut à un suicide et fit son rapport en conséquence. L'enquête, au contraire, fit penser qu'il y avait eu homicide conventionnel. Les pièces de l'instruction furent envoyées à la Société de médecine légale, pour savoir si elles permettaient de reconnaître s'il y avait eu homicide et non suicide.

En me basant sur l'état des bords de la plaie non brûlés, sur l'attitude du cadavre, mais principalement sur la présence du pistolet dans la main, je montrai que les conclusions que l'on aurait dû déduire devaient faire admettre un homicide.

2° *Cas de mort violente par coup de feu.*

Soc. méd. lég., 1869.

Un confrère de province demandait à la Société de lui donner son avis sur la question suivante : Un homme venant de recevoir à la tempe droite une balle de revolver qui traversa tout le cerveau pour venir se loger dans le temporal gauche, peut-il 1° abandonner les détentes de l'arme et sortir l'index de l'anneau ou garde qui forme la gâchette; 2° déposer son arme à côté de lui, sous des couvertures méthodiquement arrangées; 3° allonger sa main sous ces couvertures?

J'établis, par des expériences sur le cadavre, les points du cerveau que la balle avait dû léser en le traversant, et je démontrai que, pour expliquer que la mort ne fût pas arrivée immédiatement, il eût fallu trouver un épanchement de sang capable d'expliquer la mort par hémorrhagie. Je conclus à un homicide.

Le rapport fut rédigé en ce sens et la suite de l'instruction, qui avait d'abord admis un suicide, vint confirmer mes conclusions.

3° *Meurtre par fracture du crâne et strangulation.*

Soc. de méd. lég.

On demandait si un coup de béquille, appliqué sur le crâne, peut produire simultanément une fracture du crâne et une fracture d'une apophyse articulaire d'une des vertèbres cervicales, et si l'individu qu'on avait trouvé dans une fontaine était encore vivant au moment où il fut précipité.

Après une discussion sur le mode des fractures de la colonne vertébrale, je crus pouvoir conclure que le coup de béquille n'avait pu produire la fracture de l'apophyse articulaire qui avait été causée par la chute sur la tête dans la fontaine. De plus, pour résoudre la seconde question, m'appuyant sur des écorchures qui siégeaient au cou et sur la procidence de la langue, qui était coupée par les dents, je conclus qu'avant d'être précipité dans la fontaine l'individu avait dû être étranglé et que, par conséquent, il devait être mort au moment où il fut précipité.

L'instruction prouva la vérité de ces conclusions.

4° *Meurtre avec viol sodomique.*

Soc. de méd. lég.

Un enfant de 14 ans, trouvé mort dans sa chambre, présentait une ecchymose du scrotum, se prolongeant sur le périnée autour de l'anus. L'anus était largement ouvert, présentant des excoriations et permettant l'introduction de l'index et du médius.

A l'autopsie on trouva, en soulevant la masse intestinale, un épanchement de sang considérable dans tout le tissu cellulaire du petit bassin remontant jusqu'à l'angle sacro-vertébral. Cet épanchement entourait presque tout le rectum et remontait sur la vessie.

On pensa que l'enfant avait dû subir un viol commis avec grande brutalité.

Je ne pus admettre une semblable conclusion, car il était impossible que de semblables dégâts pussent être causés par l'introduction de la verge, quel que fût son volume et quelle que fût la violence déployée.

Aussi je conclus que les lésions du petit bassin avaient été produites avec la main ou par l'introductinn d'un corps rigide.

5° *Sur un cas de transmission de la syphilis.*
Soc. de méd. lég.

Histoire de chantage à l'égard d'un père nourricier; mon rapport, dont les conclusions furent adoptées par la Société, démontrait que l'accusation ne pouvait se soutenir et que les parents avaient fait la leçon à leur enfant.

Le ministère public accepta les conclusions et fit rendre un verdict d'acquittement.

6° *Cas de transmission de la syphilis d'un nourrisson à sa nourrice.*
Soc. de méd. lég.

7° *Examen de la loi sur les aliénés.*
Soc. de méd. lég., 1870.

Ce Mémoire avait pour but de répondre aux accusations que les journaux politiques commençaient à lancer contre cette excellente loi que deux députés n'avaient pas craint de déclarer « vicieuse dans son principe et funeste dans ses applications ».

Après avoir montré combien les détracteurs de cette loi connaissaient peu ce qu'ils attaquaient, j'ai surtout fait ressortir qu'avant toute chose, le législateur de 1838 avait voulu être utile à l'aliéné, que le malheureux devait être considéré comme un malade dont la guérison pouvait être compromise par le moindre retard, et qu'il avait voulu sauvegarder l'honneur des familles et l'avenir des enfants. Dire qu'un homme a été fou, c'est le mettre à l'index de la société et frapper sa famille d'une triste réputation. Il est donc indispensable d'entourer le placement du plus grand secret.

Après avoir rappelé toutes les garanties dont la loi entoure le placement, je disais qu'en demandant, dans un délai de trois jours, trois certificats médicaux dont deux, celui du médecin de l'asile, celui du médecin délégué par le préfet de police, sont au-dessus de tout soup-

çon, la loi de 1838 donnait toutes les garanties, laissant à la famille toute la responsabilité. En diminuant la responsabilité on l'annule, c'est malheureusement ce qu'on n'a pas voulu comprendre.

J'examinais le projet de loi que venaient de déposer MM. Gambetta et Magnin, et je montrais que le jury, devant lequel ils voulaient faire comparaître l'aliéné, présidé par le président du tribual et composé de douze membres, six pris dans les corporations éclairées, six sur la liste annuelle du jury, ne pouvait avoir aucune autorité et aucun moyen de s'éclairer, car le malade était assisté d'un avocat qui pouvait répondre pour lui.

Je cherchais à prouver que ce projet de loi, que nous discutions, considérait l'aliéné comme un homme accusé d'un crime, la perte de la raison; tandis que la loi de 1838 considère l'aliéné comme un malade. Le médecin ne joue pas le rôle du juge qui ordonne, mais il conseille le traitement rationnel qui peut guérir.

En terminant, je disais qu'avec de très petites modifications la loi de 1838, qui avait su conserver un juste milieu entre l'intérêt des malades, l'honneur des familles et la liberté individuelle, était une loi excellente, et que toutes les mesures servant à retarder le placement étaient dangereuses pour l'aliéné et pour la société.

L'avenir nous apprendra, avec la nouvelle juridiction qui vient d'être approuvée par les Chambres, si ces conclusions étaient justes.

8° *Du tatouage.*

Soc. de méd. lég.

Y a-t-il tatouage; dans quelles circonstances a-t-il été pratiqué; comment peut-il servir à reconnaître l'identité; a-t-il existé un tatouage; a-t-il disparu naturellement ou artificiellement; le tatouage peut-il entraîner des accidents, de quelle nature peuvent être ces accidents, et enfin par quels moyens peut-on arrêter cette déplorable pratique?

Telles furent les différentes questions que j'ai dû examiner dans ce rapport.

Il est difficile de faire accepter pour un tatouage une peinture de la peau qu'un simple lavage ferait disparaître.

Le tatouage peut avoir été exécuté pour dissimuler une tache de la

peau. Il a été quelquefois modifié par une nouvelle séance, pour faire disparaître la preuve d'une ancienne profession.

Les tatouages n'ont aucune valeur pour rechercher l'âge d'un sujet; ils peuvent donner quelques renseignements sur la nationalité, mais ils ont une réelle importance pour les professions.

Un tatouage peut servir à faire penser que l'individu a voyagé dans tel ou tel pays, par des emblèmes d'arbres, d'animaux spéciaux à certains pays.

La disparition totale d'un tatouage un peu étendu est chose assez rare. Quelquefois un tatouage mal fait peut ne pas se fixer ou amener de la gangrène des téguments qui emporte le tatouage; mais il peut se faire une absorption des substances employées. D'après ce que j'ai vu, je suis disposé à admettre que les préparations rouge, vermillon ou cinabre, disparaissent plus facilement que le noir de fumée.

Peut-on les faire disparaître artificiellement? Oui, mais par des moyens énergiques qui détruisent la peau, et cependant il reste toujours quelques traces plus ou moins perceptibles.

Le tatouage peut occasionner des accidents : on a signalé des cas de mort, mais dans la majorité des cas ce sont des phlegmons, des abcès qui peuvent entraîner quelques semaines de maladie.

Le chirurgien dont le travail fut le point de départ de ce rapport avait été frappé de ces accidents, et, pour chercher à faire cesser cette pratique, il proposait d'édicter des peines sévères contre les opérateurs et de les faire tomber sous le coup des articles punissant les blessures faites volontairement.

Par une discussion de jurisprudence, j'ai cherché à démontrer que le tatoueur ne pouvait, tout au plus, être frappé que par les articles 319-320, touchant les accidents occasionnés par maladresse, imprudence, etc.

Aussi, ne voyant pas dans la loi un moyen répressif assuré contre le tatouage, j'avais conclu qu'on ne devra la suppression du tatouage qu'au bon sens, à l'intelligence et à l'instruction qui développe les sentiments de dignité personnelle.

16309. — Imprimerie A. Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.